UEBER DIE SYMPTOMATOLOGIE

BEI

RETROVERSIO UTERI GRAVIDI

DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT BERN

VORGELEGT VON

MAX WALTHARD

ARZT VON BERN

BERN

BUCHDRUCKEREI KARL STÄMPFLI & CIE.

1891.

UEBER DIE SYMPTOMATOLOGIE

BEI

RETROVERSIO UTERI GRAVIDI

DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT BERN

VORGELEGT VON

MAX WALTHARD
ARZT VON BERN

Von der med. Facultät auf Antrag von Herrn Prof. Dr. P. MÜLLER zum Druck genehmigt.

Bern, den 9. März 1891. Der Dekan:

Dr. Ernst Pflüger.

BERN
BUCHDRUCKEREI KARL STÄMPFLI & CIE.
1891.

UEBER DIE SYMPTOMATOLOGIE

BEI

RETROVERSIO UTERI GRAVIDI.

Die Lehre der *retroversio uteri gravidi* hat in den letzten Zeiten bezüglich ihrer Aetiologie eine wesentliche Veränderung erfahren. Die frühere Ansicht, dass die Deviation erst während der Gravidität plötzlich und meist nach Einwirkung von Traumen erfolge, musste der Anschauung von Tylor Smith weichen, dass der Uterus schon vor der Conception retrovertirt oder retroflectirt gewesen. Diese letztere Ansicht wurde später auch von G. Veit und Schrœder bestätigt. Auch die Krankengeschichten der Berner gynäkologischen Poliklinik stützen die Ansicht von Tylor Smith, indem Frauen, bei denen zu wiederholten Malen *retroversio* oder *retroflexio uteri* constatirt worden, zwischen den einzelnen Untersuchungen Schwangerschaften und Geburten durchgemacht haben.

Die grosse Anzahl von *retroversio* und *retroflexio uteri,* welche namentlich bei den mehrgebärenden Frauen aus der arbeitenden Klasse gefunden wird; der directe Nachweis Martins, dass diese Lageveränderungen auch bei Schwangeren so häufig vorkommen, lassen die Vermuthung aufkommen, es würden von Seiten des retroflectirten Uterus auch sehr oft schwere Compressionserscheinungen auftreten.

Untersuchungen nach dieser Richtung ergaben jedoch das Gegentheil. Trotz der sehr grossen Anzahl von Patientinnen, welche auf hiesiger gynäkologischer Klinik an *retroversio* oder *retroflexio* behandelt worden, fanden sich seit dem Jahre 1870 nur 23 Fälle, welche Symptome von Incarceration bei *retroflexio uteri gravidi* boten. Zur weiteren Orientirung habe ich die letzten 50 Jahrgänge der Schmidt'schen Jahrbücher für gesammte Medicin nachgesehen, und habe auch in diesen nur 40 Fälle von deutlichen Incarcerationserscheinungen gefunden. Dabei fand sich, dass das Krankheitsbild des incarcerirten Uterus, namentlich in den schwersten Fällen, ein anderes ist, als gewöhnlich in den Lehr- und Handbüchern angegeben wird.

Ich will mir nun erlauben, an Hand der gefundenen Fälle 1. die Ursache anzugeben, warum so selten Incarcerationserscheinungen auftreten; 2. werde ich den Symptomencomplex analysiren, um die Differenzen zu finden zwischen den Angaben in den Lehr- und Handbüchern einerseits und den Erscheinungen, welche sich in den Krankengeschichten der hiesigen Klinik, sowie in denjenigen der Schmidt'schen Jahrbücher zeigten, andererseits.

Es sei mir an dieser Stelle auch gleich gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. **Müller**, für die gütige Ueberlassung des diesbezüglichen Materials, sowie für seine Rathschläge, die mir bei dieser Arbeit zu Theil geworden sind, meinen innigsten Dank auszusprechen.

Was die Seltenheit der Incarceration bei *retroversio* oder *retroflexio uteri gravidi* anbelangt, so beruht deren Ursache auf Folgendem:

Sobald der im Douglas'schen Raume befindliche Uteruskörper sich so weit vergrössert hat, dass derselbe die Nachbarorgane verdrängt und schliesslich die hintere Beckenwand erreicht, so wird derselbe durch den Widerstand, den er an der hinteren und den seitlichen Beckenwänden, sowie auch am Diaphragma des Beckenbodens findet, zu einer Aenderung seiner Lage gezwungen. Diese Aenderung der Lage geschieht nicht immer in derselben Weise. Man kann hier verschiedene Arten unterscheiden:

1) Der *fundus uteri* steigt, wenn noch beweglich, ziemlich rasch der Aushöhlung des Kreuzbeins entlang in's grosse Becken empor, wie in beiden nachfolgenden Fällen:

1. Fall. Patientin, im 4. Monat der Schwangerschaft, klagt seit 14 Tagen über *retentio urinæ*. Im Spital wurden durch Kathetrismus noch 1300 gr. Urin entleert, nachdem gerade vor Eintritt 3 Liter entleert worden waren. Die Untersuchung ergab: *retroflexio uteri grav. inc.* Am Abend wurde noch einmal kathetrisirt und untersucht; dabei bemerkte man, dass der Uterus spontan zu einem nicht beobachteten Zeitpunkt aufgestiegen war und sich in normaler Lage befand. Hierauf wurde die Frau entlassen (Schmidt'sche Jahrbücher, Bd. CLXXXV, pag. 41).

2. Fall. Patientin, 32 Jahre alt, fühlte im 3. Monat ihrer Gravidität nach schwerem Heben plötzlich Schmerzen im Unterleib und vollständige *retentio urinæ*. Nach Kathetrismus der Blase begibt sich der retrovertirte Uterus in normale Stellung. Nach einiger Zeit trat wiederum *retroversio* ein, die sich nach künstlicher Harnentleerung wie beim ersten Mal corrigirte.

In diesen beiden Fällen wurde der im kleinen Becken noch nicht fixirte Uterus durch das zunehmende Gewicht des Blaseninhalts zurückgehalten, nach dessen Entfernung der Uterus sich in kurzer Zeit spontan reponiren konnte.

2) Ist der Uterus im kleinen Becken schon etwas fixirt, so können Wochen vergehen, bis sich derselbe über das Promontorium emporgearbeitet hat, wie folgender Fall deutlich zeigt:

Patientin, 36 Jahre alt, im 3. Monat der Schwangerschaft, klagt seit unbestimmter Zeit über Obstipation und Urinverhalten. Das Abdomen ist durch einen fluctuirenden Tumor stark ausgedehnt. In der heissen geschwollenen Scheide fehlt der Muttermund, dagegen findet man in der Kreuzbeinaushöhlung den *fundus uteri*. Zur Retention gesellt sich *incontinentia urinæ*. Bei Kathetrismus floss 1,5 Liter Urin ab, worauf die kugelige fluctuirende Geschwulst verschwand und grosse Erleichterung eintrat. Wegen zu grosser Schmerzen wurde nach einigen erfolglosen Repositionsversuchen ein weiteres operatives Vorgehen unterlassen. Bei palliativer Behandlung und täglicher Kathetrisation verloren sich in 3 Wochen alle Erscheinungen. Schwangerschaft und Geburt verliefen normal (Schmidt'sche Jahrbücher, Bd. CVI, pag. 187).

3) In anderen Fällen bleibt der Uterus in seiner abnormen Stellung und es verändert sich nur die Wachsthumsrichtung. Das vordere Uterinsegment allein vergrössert sich und wächst gegen das grosse Becken, weil von dieser Richtung der Ausdehnung des Uteruskörpers am wenigsten Widerstand geleistet wird. Der Uterus entlastet durch diese abnorme Wachsthumsrichtung das im kleinen Becken fixirte hintere Uterinsegment. Bei einer gewissen Grösse angelangt, fällt der Uteruskörper, vermöge seines nach vorne zunehmenden Gewichtes, in Anteversionsstellung und zieht, wenn seine Last die fixirenden Kräfte im kleinen Becken überwinden kann, das eingekeilte hintere Uterinsegment aus dem kleinen Becken heraus.

4) Sind diese fixirenden Kräfte grösser als das Gewicht des im grossen Becken befindlichen schwangeren Uterusantheils, was namentlich durch alte Verwachsungen des Uterus mit der hinteren Beckenwand bedingt wird — aber auch ohne solche vorkommt — so treten noch am Ende der Schwangerschaft Incarcerationserscheinungen infolge *retroflexio uteri gravidi partialis* auf, wie folgender Fall schildert:

E. Sch., 27 Jahre alt; erste Menstruation trat im 13. Jahre ein. Die letzte Menstruation soll Mitte December 1878 aufgetreten sein. Patientin stellte sich am 3. Mai 1879 zum ersten Mal zur Untersuchung, wobei eine *retroflexio uteri gravidi* constatirt wurde. Die Repositionsversuche misslangen, und da die Beschwerden sehr geringgradig waren, wurde Patientin wieder entlassen.

Im Verlauf des Sommers steigerten sich die Beschwerden; eine Reposition war trotz wiederholter Versuche nicht möglich. Der Uterus vergrösserte sich nun gegen die Abdominalhöhle hin, nicht aber gegen das kleine Becken.

Anfangs August traten plötzlich erhebliche Verschlechterungen des Befindens ein, indem sich Kreuz- und Lendenschmerzen erheblich steigerten. Es wurde desshalb die Unterbrechung der Schwangerschaft beschlossen. Die Frau starb 11 Tage *post partum* an Sepsis.

Die Section ergab eine frische eitrige Peritonitis. Ausserdem liessen sich alte feste Verwachsungen am Cœcum und an der *flexura sigmoidea* und am Netz nachweisen. Der Uterus, fest contrahirt, zeigte zwei Hörner, das linke etwas grösser als das rechte. Die hintere Fläche des Uterus durch bindegewebige Massen im Douglas'schen Raum verwachsen. In der Uterushöhle Endometritis und eitrige Salpingitis (Handbuch von Prof. Dr. Müller).

Der Verlauf der Schwangerschaft bei *retroversio* und *retroflexio uteri* entspricht in den meisten Fällen den drei ersten Arten. Während der Uterus sich im Douglasschen Raum ausdehnt und schliesslich den Widerstand, welcher ihm durch das Promontorium gesetzt wird, überwindet, treten ab und zu ganz leichte Symptome wie Harndrang und angehaltener Stuhl auf, derenthalber die Frauen jedoch ärztliche Hülfe nicht in Anspruch nehmen. Aus diesem letzteren Grunde kommen die so häufigen spontanen Aufrichtungen des retrovertirten oder retroflectirten Uterus eigentlich selten zur Beobachtung.

Die vierte Verlaufsart, also *retroflexio uteri gravidi partialis* mit Incarcerationserscheinungen, tritt selten ein.

Diese Spontanreposition des Uterus ist also die Ursache, warum trotz der so grossen Zahl von Mehrgeschwängerten, die an *retroversio* oder *retroflexio uteri* leiden, nur so wenig Incarcerationserscheinungen zur Beobachtung gelangen. Diese seltenen Fälle, welche mit Compressionserscheinungen einhergehen, fallen zumeist in die ersten Monate.

In dem von mir bearbeiteten Material fanden sich im Ganzen 63 Fälle von *retroversio* resp. *retroflexio uteri gravidi,* welche deutliche Incarcerationserscheinungen zeigten. Bei diesen 63 Fällen ist der obenerwähnte Fall von Incarceration bei *retroflexio uteri gravidi partialis* nicht eingerechnet.

Unter diesen 64 Fällen wurden 19 an absoluter *retentio urinæ* ohne weitere Complicationen behandelt; 2 Patientinnen klagten hauptsächlich über *incontinentia urinæ.* Die nun folgenden schwereren Erkrankungen der Harnorgane schlossen sich stets an vorausgegangene länger bestehende *retentio urinæ* an.

Es waren dies 16 Fälle von Cystitis; 1 Fall von Diphtherie der Blasenschleimhaut; 20 Fälle von Gangrän der Blase, wovon 2 Fälle mit partieller und 3 Fälle mit totaler Ablösung der Mucosa einhergingen. In einem Fall wurde sogar ein grösseres Stück Blasenwand mit Mucosa, Muscularis und Peritoneum ausgestossen. Diesen Fällen von Gangrän in ausgedehntem Masse schloss sich in 11 Fällen Ruptur

der Blase an. In 8 Fällen kam es zu secundärer Peritonitis, bedingt durch die Blasenaffection. In einem vereinzelten Fall starb die Patientin unter Fiebererscheinungen nach langer *retentio urinæ*. Durch die Section wurde diffuse eitrige Peritonitis constatirt; der Ausgang der Peritonitis ist aber aus dem Sectionsbericht nicht zu eruiren. Dauerte die Blasenaffection längere Zeit, so gingen die Krankheitsprocesse auf die Harnleiter und Nieren über, wie 5 Fälle zeigen. In 10 Fällen wurde zu obigen Blasenbeschwerden Obstipation angegeben; in andern Fällen dagegen sollen Erscheinungen von Seiten der Stuhlentleerung gar nicht vorhanden gewesen sein. Ein einziger Fall zeigte nur Symptome von Seiten des Darmes, wie hartnäckige Obstipation und Meteorismus.

Die Auszüge dieser Fälle sind als Anhang tabellarisch geordnet und am Ende dieser Untersuchung beigefügt.

Es folgen erst die leichteren und dann die schwereren Fälle, damit man die mit der längern Dauer der Affection zunehmenden Beschwerden leichter übersehen kann.

Zuerst werden die Fälle aus der Berner geburtshülflichen Klinik und hernach diejenigen aus den Schmidt'schen Jahrbüchern angeführt. Die ersteren sind zum Unterschied von den letzteren mit einem Stern (*) versehen.

Aus sämmtlichen Krankengeschichten geht hervor, dass die Beschwerden fast immer und in erster Linie von der Blase ausgehen. Als erstes Symptom der Incarceration tritt meist *retentio urinæ* auf. Der eingekeilte Uterus comprimirt den Blasenhals und die Urethra; die enorm gefüllte Blase steigt in's grosse Becken empor und zieht dadurch den Blasenhals in die Länge, wodurch die Wandungen sich noch mehr einander nähern. Diese beiden Momente sind die Ursache, warum trotz des peinlichsten Harndranges der Urin auch bei stärkerer Anwendung der Bauchpresse nicht entleert werden kann. Eine spontane Besserung ist in solchen Fällen unmöglich. Der zunehmende Füllungsgrad der Blase zieht den Blasenhals immer mehr in die Länge und hindert andererseits den Uterusgrund am Aufsteigen in's grosse Becken; desshalb wird der Blasenhals durch den wachsenden Uterus im kleinen Becken immer mehr comprimirt. Ein *circulus vitiosus,* der einzig durch Kathetrismus beseitigt werden kann.

In wenigen Fällen wurde von den Patientinnen mehr über nachträgliches Harnträufeln als über *retentio urinæ* geklagt, trotzdem die Blase dabei weit über den Nabel reichte. Diese *incontinentia urinæ* erfolgt als continuirliches Abträufeln entsprechend dem Zufluss zur Blase von Seiten der Ureteren; oder plötzlich geht ohne Wissen der Patientin eine geringe Quantität Urin im Strahle ab. Die erste Art tritt dann ein, wenn die Spannung der Blase allmälig so gross wird, dass sie die den Blasenhals comprimirende Kraft überwindet. Die zweite Art, wenn durch Husten oder Bewegungen von Seiten der Patientin der intra-abdominelle Druck

plötzlich ein grösserer wird und in Folge dessen die Spannung der Blase auch plötzlich vermehrt wird.

Bei längerer Dauer der *retentio urinæ* kommt es in den meisten Fällen zu einer Zersetzung des Urins, bedingt durch den *micrococcus urae* oder sonstige Fäulnissbacterien. Diese ammoniakalische Zersetzung hat Cystitis zur Folge; in der stark injicirten Blasenschleimhaut kommt es zu Ruptur einzelner Gefässe, wodurch der trübe, stark eitrige Urin noch blutig verfärbt wird. Pseudodiphtheritische Processe sind weitere Folgen.

In der beträchtlich ausgedehnten Blasenwand kommt es auch zur Dehnung der Gefässe der Schleimhaut; das Lumen derselben wird verkleinert und die Schleimhaut, sowie auch die übrige Blasenwand schlechter ernährt. Dazu gesellen sich obige Rupturen der Gefässe in der Mucosa. Die Folge ist Nekrose der ungenügend ernährten Partien. Die nekrotischen Schleimhautstücke werden durch den Urin von der Unterfläche abgespült und verleihen demselben einen äusserst stinkenden Geruch. An den Rändern der Schleimhautdefecte schreitet die Nekrose allmälig vorwärts; der Urin unterminirt die Schleimhaut, durchdringt die Muscularis bis an's Peritoneum, so dass totale Ablösung der Blasenschleimhaut und auch Ausstossung von ganzen Stückchen Blasenwand: Mucosa, Muscularis und Peritoneum, vorkommen. Die Ränder der Blasenschleimhaut können durch eine circumscripte Peritonitis vor der Ablösung der gangränösen Wand verkleben, so dass die Erscheinungen, ohne dass ein Durchbruch in's Peritoneum stattfindet, mit Abheilung der Blasenaffection verschwinden. Häufig kommt es zu Ruptur, wie Kruckenberg dies in 9 Fällen nachgewiesen. Auch in den Schmidt'schen Jahrbüchern fanden sich ausser den soeben erwähnten 9 Fällen noch zwei vereinzelte von Durchbruch nach der Bauchhöhle. Der Ruptur der Blase mit Erguss des zersetzten Urins in die Abdominalhöhle folgte ausnahmslos *exitus letalis*. Dieser Ausgang wurde bedingt durch secundäre Peritonitis, sowie Resorption der specifischen Harnbestandtheile und Stoffwechselproducte der Fäulnissbacterien, welche mit der Ruptur der Blase in die Abdominalhöhle gelangten. In lange dauernden Fällen werden die Ureteren und Nierenbecken in erster Linie um das 2—3fache dilatirt; die Blasenprocesse greifen ebenfalls weiter; Pyelitis und Nephritis können die Folge sein. Schliesslich gehen die Patientinnen an Intoxication mit den specifischen Harnbestandtheilen unter den Erscheinungen von Urämie zu Grunde, wie der von Scanzoni erwähnte Fall illustrirt (Scanzoni: Würzburg 1855, Bd. 2).

Mit diesen Erscheinungen von Seiten der Blase stimmen die Angaben der Lehr- und Handbücher überein. Wenig hervorgehoben scheint die Thatsache, dass die Blase fast immer und am intensivsten afficirt wird, was durch 63 Fälle bewiesen wird.

Im Weiteren geben die Handbücher hartnäckige Stuhlverstopfung, Erbrechen, Ileuserscheinungen, also Kothbrechen, Gangrän des Darmes mit Perforation und secundärer Peritonitis an. Auch in der neuesten Auflage des Handbuches von Herrn Prof. Dr. Müller in Bern steht folgender Passus:

«es kann . . . . . zu den prägnantesten Erscheinungen des Ileus und seinen Folgen kommen.»

Diese Angaben werden durch keinen meiner Fälle bestätigt.

Die Erscheinungen von Ileus, Gangrän des Darmes, überhaupt die Erscheinungen des eingeklemmten Bruches, wie Krause sich ausdrückt, kommen nicht vor als Symptom bei schweren Fällen von Incarceration des retrovertirten oder retroflectirten graviden Uterus. Nicht einmal in den schwersten Fällen, welche mit Tod endigten, ist die geringste Angabe über schwere Erscheinungen von Seiten des Darmes zu finden.

Ueberhaupt ist mit Ausnahme von 11 Fällen, welche an Obstipation gelitten haben, nur zwei Mal der Darm in intensiver Weise afficirt worden. Der Darm wurde aber nicht durch den retroflectirten Uterus direct in Mitleidenschaft gezogen, sondern die der erkrankten Blase anliegenden Darmschlingen verklebten durch eine vom Blasenperitoneum ausgehende Peritonitis mit der Blase und wurden von der Blase aus ergriffen.

Die Erscheinungen, welche vom afficirten Darm in den beiden Fällen ausgingen, sind auch keineswegs diejenigen von Ileus, wie die Auszüge aus den Krankengeschichten zeigen:

1. Patientin wird moribund in's Spital gebracht; Temp. 36,5, Puls fadenförmig 120. Abdomen meteoristisch ausgedehnt und äusserst empfindlich. Es konnte der Katheter nur einmal mit Erfolg eingeführt werden. Bald darauf erfolgte der Tod.

Sectionsbefund: Schleimhaut der Blase nekrotisch; Inhalt der Blase urin- und fæceshaltig. Die hintere resistentere Blasenwand war mit den Dünndarmschlingen verklebt; die Blase communicirte mit zwei Oeffnungen mit dem Darm. Das Becken war durch den schwangeren Uterus vollständig ausgefüllt. Ein Exsudat in der Bauchhöhle war nicht vorhanden, das Abdomen bot das Zeichen einer abgelaufenen Peritonitis.

2. Eine Frau hatte infolge *retroflexio uteri grav. inc.* im 3. Monat abortirt, nachdem sie mehrere Tage lang an Kreuzschmerzen gelitten. Danach litt sie an Bauchschmerzen, und zwischen Nabel und Symphyse bildete sich eine Geschwulst, welche später aufbrach und schlechten Eiter entleerte.

Status: Aus der bezeichneten Oeffnung entleerte sich Urin und fäcal riechende Flüssigkeit; später wurde ein grösseres herausragendes Stück abgetragen, das sich als Darm erwies. Durch die Urethra gelangte man mit dem Katheter durch die

Blase und mit der Spitze zur Bauchöffnung heraus. Es handelte sich also um eine Blasen-Darmfistel infolge Cystitis, welche die mit dem Darm verklebte Blase perforirte.

In beiden Fällen wurde die Blasenwand und Darmwand durch den Urin allmälig zerstört, so dass es zu einer Communication zwischen Blase und Darm kam. Die Entleerung des Darmes war dadurch eher erleichtert als erschwert, welches letztere doch die Ileuserscheinungen hervorruft.

Oedeme an den unteren Extremitäten, bedingt durch Trombose der *Vv. iliacae*, sind in meinem Material nicht vorgekommen. Ebenso wenig waren Incarcerationserscheinungen von Uterus selber wie Gangrän des Uterus oder Ruptur desselben vorgekommen; auch keine direct vom Uterus ausgehende Peritonitis.

Das Resultat meiner Untersuchungen ist also folgendes:

1. Die Incarceration bei *retroflexio* und *retroversio uteri grav.* ist sehr selten im Verhältniss zur Häufigkeit von Conception bei *retroversio uteri.*

2. Die Incarceration bei *retroflexio* und *retroversio uteri grav.* kommt desshalb so selten vor, weil in den meisten Fällen der retroflectirte Uterus dem Widerstand, welchen er im kleinen Becken findet, ausweichen kann und dadurch in normale Stellung gelangt.

3. Der Symptomencomplex bei Incarceration des retroflectirten oder retrovertirten Uterus ist ein verschiedener gegenüber den bisherigen Annahmen und gewöhnlichen Schilderungen. Nur äusserst selten kommen Erscheinungen von Seiten des Uterus oder Störungen in der Circulation der unteren Extremitäten vor.

Compression des Darms ist selten und, wenn vorhanden, meist geringgradig. Die Symptome beschränken sich auf vorübergehende Stuhlverstopfung und Meteorismus. Erscheinungen von Ileus fehlen ganz.

Der Symptomencomplex reducirt sich fast ausschliesslich auf Störungen von Seiten der Blase und überhaupt des ganzen uropoetischen Systems; freilich treten dann diese Symptome sehr hochgradig und in gefahrdrohender Weise auf.

BEILAGEN.

Name	Eintritt	Alter	Eintritt der ersten Menses und Typus	Wie vielte Schwangersch.	Verlauf der früheren Geburten	Letzte Menstruation	Befinden der Patientin bis zum Eintritt in die Anstalt
1* **Frau W. geb. M.** von Büren	8/VIII 1873	?	Eintritt unbekannt, Menses unregelm.. 4wöchentl.; zieml. starke Molimina.	IV	Bei ersten Geburten normal.	Anf. Juni	Patientin leidet seit dem ersten Wochenb. an Unterleibsschmerzen sowie Harnbeschwerden. Seit 8 Tagen haben nun die *Harnbeschwerden* zugenommen. Schmerzen im Kreuz.
2* **Louise B.** von Orpund	22/II 1881	23	Im 17. Jahre, Anfangs unregelm., schwach, zwei Tage dauernd; seit einem Jahre regelm. 4wöchentlich.	I		Juni 1881	Patientin litt seit einigen Jahren an fluor albus. Vor 14 Tagen trat eine Blutung auf, zu gleicher Zeit stellten sich heftige Schmerzen im Kreuz ein.
3* **Frau K. geb. R.**	16/II 1887	45	Im 20. Jahre, Anfangs unregelm.; später 4wöchentl.; mässig stark ohne Molim.	V	Patientin hat viermal normal geboren.	Ende Nov.	Auf Ende Januar bekommt Patientin heftige wehenartige Schmerzen. Seitdem blutet Patientin beständig.
4* **Rosina B. geb. M.** von Bümpliz	26/II 1889	32	Im 18. J., unregelm.; 4—5wöch., 2 Tage dauernd, schwach; ziemlich starke Molimina.	IV	Patientin hat dreimal normal in der Anstalt geboren. Erste Geburt 1882 dauerte sehr lange wegen allg. verengten Beckens.	Mitte Juni	1885 wurde Patientin in hier wegen Prolaps der Vagina poliklinisch behandelt, zugleich war starker fluor, ausserdem wurde retroflex. ut. gr. im zweiten Monat constatirt und der Uterus reponirt. Am 14. August kommt Pat. auf die Klinik mit Klagen über Beschwerden im Unterleib. Am 18. Januar 1880 kommt Patientin wieder in die Sprechstunde mit Klagen im Unterleib. Hysterische Beschwerden. Am 27. Februar kommt Patientin in die Anstalt, sie klagt über Schmerzen im Unterleib seit der 2. Hälfte der Schwangerschaft.
5* **Rosa M. geb. G.** von Holligen	21/II 1890	24	Im 15. Jahre; 2—3 Tage dauernd; unregelm., oft 1/2 Jahr lang aussetz., dann wieder regelmässig 4wöchentl., mittelstark; ohne Molimina.	II	I. Geburt normal in der Anstalt. April 1889.	Ende Dec. 1889	Seit drei Tagen klagt Patientin über Schmerzen im Bauch und Kreuz, beständig andauernd. Ausserdem besteht *Harndrang*; Stuhl ganz angehalten. Kein Erbrechen.

Status	Diagnose	Therapie	Befund am Entlassungstag
Innere Untersuchung: Vordere und hintere Vaginalwand prolabirt; der Uteruskörper ist retroflectirt, vergrössert, wenig beweglich und lässt sich in Knieellenbogenlage nicht reponiren. Muttermund und Cervix für einen Finger durchgängig. Am 12. September scheint der Uterus vergrössert zu sein; er ist weich anzufühlen und ergibt an seiner hinteren Wand das Gefühl von Fluctuation. Am 15. September tritt unter mässiger Blutung, *bedeutenden Harnbeschwerden* und Bauchschmerzen und ohne äussere Veranlassung der Abortus ein. Frucht gut erhalten; entspricht dem zweiten Monat.	Retroflexio uteri gravidi inc.	Repositionsversuche ohne Erfolg.	28. September. Patientin wird mit retroflectirtem fixirtem Uterus entlassen.
Aeussere Untersuchung: Abdomen nicht ausgedehnt. Am 25. März steht der Uterus gerade und in normaler Lage. **Innere Untersuchung:** Vaginalportion ist klein, weich, nach vorne zu gerichtet. Im hinteren Scheidengewölbe findet sich ein apfelgrosser Tumor, der mit dem Cervix in Zusammenhang steht.	Retroflexio uteri gravidi inc.		30. März. Da der Uterus normal gelagert ist, tritt Patientin aus. Sie hat keine Beschwerden mehr, leidet dagegen an fluor alb.
Innere Untersuchung: Vaginalportion nach vorne untenstehend, Uteruskörper an Grösse dem dritten Monat entsprechend, retroflectirt und im Douglas'schen Raum liegend. Da eine Gravidität das Wahrscheinlichste ist, wird der Uterus reponirt und ein Hebelpessar eingelegt. Blutungen. Am 28. Februar wird wegen continuirlicher Blutungen mit dem scharfen Löffel ausgeräumt.	Retroflexio uteri gravidi.	Reposition u. Hebelpessarium, Ausräumung u. Ausspülung mit Sublimat-secale.	Am 12. März wird Patientin geheilt entlassen.
Innere Untersuchung: Am 14. August Vaginalportion nach vorne gerichtet. Uteruskörper im Douglas'schen Raum zu fühlen. Das Corpus uteri liegt tiefer als die Vaginalportion, ist vergrössert und entspricht einer Schwangerschaft im zweiten Monat. Am 18. Januar: bei stärkerem Druck auf das Abdomen drängt sich im hinteren Scheidengewölbe etwas Unbestimmtes herunter, wahrscheinlich der Uterus; Uteruskörper selbst empfindlich. Am 27. Februar: Retroflexio ut. grav. partialis aus einer totalis hervorgegangen. Am 18. April erfolgt die Geburt normal.	Retroflexio uteri gravidi. Retroflexio uteri gravidi partialis.	Reposition.	Am 14. August entlassen. 30. April. Uterus normal gelagert, gut involvirt; Adnexa frei.
Aeussere Untersuchung: Nichts Abnormes. **Innere Untersuchung:** Vaginalportion im vorderen Scheidengewölbe nach vorne und abwärts reichend, etwas aufgelockert. Hinten im Douglas ist ein runder Körper zu fühlen von mittlerer Consistenz. In der Gegend des inneren Muttermundes ist bei combinirter Untersuchung die dünne Brücke nicht zu fühlen, welche die Vaginalportion mit dem Tumor im Douglas verbinden sollte. Man hat den Eindruck, als könnten die beiden Hände einander genähert werden, ohne dass man etwas dazwischen fühlte.	Retroflexio uteri gravidi inc.	Reposition.	Am 1. März wird Patientin gesund entlassen.

Name	Eintritt	Alter	Eintritt der ersten Menses und Typus	Wie vielte Schwangerschaft	Verlauf der früheren Geburten	Letzte Menstruation	Befinden der Patientin bis zum Eintritt in die Anstalt
6* **Karoline R. geb. J.** von Aarmühle	19/II 1891	36		VIII	Patientin hat siebenmal normal geboren; Wochenbette alle normal. Letzte Geburt Mai 1890. Nachher traten die Menses wieder normal ein; 4wöchentl., 3 bis 4 Tage, ohne Molimina.	Mitte Nov. 1890	Seit dem 11. Februar 1891 ist Patientin krank, das Abdomen wurde aufgetrieben, dazu kamen Schmerzen wie schwache Wehen. Seit acht Tagen kein Stuhl mehr, auch Winde sollen keine abgegangen sein. Miction und Urin normal. In der Nacht vom 19. bis 20. Februar Stuhl und Winde reichlich. Abnehmen des sehr aufgetriebenen Bauches.
7* **Maria B. geb. S.** von Sumiswald	3/X 1881	34	Im 16. Jahre; regelmässig 3wöchentl., 5—6 Tage dauernd; starke Molimina, seit der letzten Geburt unregelmässig mit starken Molimina.	XI	I—IV. Geb. normal; Wochenbette normal. V. Abortus im 3. Monat ohne bekannte Ursache. VI. bis VIII. Geburt normal. Wochenbette normal.	Seit Juni spärlich; heute am 3/X. geht im Bade noch Blut ab.	Bis zu der 7. Gravidität will Patientin gesund gewesen sein; im dritten bis vierten Monat der 7. Gravidität erkrankte Patientin plötzlich an heftigen Schmerzen in Leib- und Kreuzgegend wie bei einer Geburt. Dazu gesellte sich *Retentio urinæ*, so dass Patientin drei Tage lang nicht uriniren konnte. Patientin wurde kathetrisirt und entleerte $1\frac{1}{2}$ Lit. Urin. — Nach 8 Tagen hörten die Schmerzen auf und Patientin war wieder wohl. Patientin blieb nun gesund bis Juni 1881, wo die Menses spärlicher wurden und sich ähnliche Schmerzen einstellten. Seit 14 Tagen kann Patientin nur mit Mühe den Harn lassen, derselbe fliesst schliesslich nur noch tropfenweise ab und wird am Ende zwei volle Tage nicht mehr gelassen, desshalb sucht Patientin ärztliche Hülfe auf.
8* **Elise S.** von Vechigen	28/VIII 1879	26	Im 15. Jahre; regelmässig 4wöchentl., 4 Tage dauernd; reichlich.	I		Mitte April	Patientin, sonst während der Gravidität immer wohl, bekommt am 27. August Morgens plötzlich heftige wehenartige Schmerzen, die nach Kreuz- und Lendengegend ausstrahlen. Zugleich stellt sich völlige *Retentio urinæ* ein. Wegen zunehmender Beschwerden sucht Patientin Hülfe im Spital.

Status	Diagnose	Therapie	Befund am Entlassungstag
Aeussere Untersuchung: Am 19. Februar: Bauch hochgradig ausgedehnt, dem Ende der Schwangerschaft entsprechend, überall tympanitischer Percussionsschall; nirgends eine Resistenz, Urin klar. Die Blase ist nicht sehr ausgedehnt, die Vaginalschleimhaut zeigt bläulichrothe Verfärbung. **Innere Untersuchung:** Vaginalportion nach vorne gerichtet. Im hintern Scheidengewölbe ist ein glatter weicher Tumor, der das kleine Becken vollkommen ausfüllt. Keine Herztöne, kein Uteringeräusch. In der Blase 100,0 cm^3 Urin. Am 24. Februar: Abdomen etwas aufgetrieben. über der Symphyse eine undeutliche Resistenz, die ungefähr einem Uterus im vierten Monat entspricht. Cervix aufgelockert; Uteruskörper kindskopfgross. Patientin hatte in der Nacht vom 19. bis 20. viel Stuhl und Winde entleert.			
Aeussere Untersuchung: Nichts Abnormes. **Innere Untersuchung:** Nachdem durch Kathetrismus 2000 cm^3 klaren Urins entleert worden, findet man Folgendes: Vaginalportion steht sehr hoch, ist etwas platt gedrückt und liegt ganz am obern Rand der Symphyse. Das kleine Becken ist durch einen weichen unregelmässigen Tumor in der Grösse eines Apfels ausgefüllt. Die Oberfläche ist glatt. Die Sonde dringt auf 8 cm ein und wird oberhalb des Tumors leicht durchgefühlt. Nach Einführung der Sonde tritt eine leichte Blutung ein. Am 5. October ist der Tumor im kleinen Becken nicht mehr zu fühlen, dagegen fühlt man im grossen Becken einen kugeligen weichen Tumor von der Grösse eines schwangeren Uterus im dritten bis vierten Monat. Die Vaginalportion steht jetzt an normaler Stelle und ist stark aufgelockert. Am 6. October treten plötzlich Wehen ein und es erfolgt der Abortus. Wochenbett normal.	Retroflexio uteri gravidi inc. Retentio urinæ.		Am 18. Mai 1881. Alles normal.
Aeussere Untersuchung: Abdomen ausgedehnt durch eine stark fluctuirende Geschwulst ohne deutliche Grenzen. Dieselbe war nichts Anderes als die stark ausgedehnte Blase und entleerte sich bei Kathetrisiren und verschwand, nachdem 2 Liter Urin abgegangen. **Innere Untersuchung:** Im kleinen Becken fühlt man einen kugeligen Tumor, der etwa drei Querfinger über die Symphyse ragt. Die Vaginalportion am Ende der mässig langen Scheide ist nach vorne gerichtet, aufgelockert. Der Uteruskörper deutlich vergrössert etwas in's kleine Becken gesunken, namentlich ist die hintere Uteruswand convex nach hinten und unten in den Douglas'schen Raum hineinragend. Seit der Reposition sind sämmtliche Blasenbeschwerden verschwunden. Am 2. September Abends treten aufs Neue Schmerzen auf, Urin wird noch gelassen. Am 3. und 4. September nehmen die Schmerzen zu, bekommen einen periodischen Chararakter. Der Urin wird nur noch mangelhaft entleert. Am 5. Morgens tritt Abortus ein. Fötus. 320 gr., faultodt.	Retroversio uteri gravidi inc. Retentio urinæ.	Reposition des Uterus.	15. September gesund entlassen.

Name	Eintritt	Alter	Eintritt der ersten Menses und Typus	Wie vielte Schwangersch.	Verlauf der früheren Geburten	Letzte Menstruation	Befinden der Patientin bis zum Eintritt in die Anstalt
9* **Frau G. geb. M.**	8/IV 1872	37		VI	Letzte Geburt 1869.	Anfangs December 1871	Anfangs gut; seit 14 Tagen will Patientin Unterleibsentzündung bekommen haben ohne Auftreibung des Leibes und ohne Erbrechen.
10* **Anna G. geb. R.** von Saules	13/II 1888	40	Im 16. Jahre; Anfangs unregelm., später regelm. 2wöchentl. stark, 5—9 Tage dauernd; starke Molimina.	VII	Alle sechs früheren Geburten verliefen normal; letzte Geburt im Mai 1886.	Mitte October 1887	Vor 14 Tagen bekam Patientin nach schwerer Arbeit Blutungen und Schmerzen im Kreuz, dazu gesellten sich *Blasenbeschwerden*. Diese Blasenbeschwerden nahmen zu, so dass Patientin seit acht Tagen nicht mehr spontan uriniren kann. Stuhlgang in Ordnung.
11* **Anna S. geb. Ae.** von Burgdorf	26/I 1878	38	Im 21. Jahre; regelmässig 4wöchentl., 3 Tage dauernd; seit der ersten Geburt starke Molim.	II	I. Geburt 1865 normal; Wochenbett normal.	Ende Oct.	Patientin will bis zum 12. Januar gesund gewesen sein; damals traten plötzlich Harnbeschwerden auf, welche continuirlich zunahmen, seit dem 18. Januar *Retentio urinæ*.
12* **Frau J. geb. H.** von Wattenwyl	30/XI 1876	33	Im 14. Jahre; regelmässig 4wöchentl., 5—6 Tage dauernd; stark ohne Molim.	II	I. Geburt 1865 normal; Wochenbett normal.	Ende Aug.	Am 16. November bekam Patientin plötzlich Urinbeschwerden, dabei soll eine kleine eigrosse Geschwulst vor die Genitalien getreten sein, diese Geschwulst ging wieder zurück; seit dem 24. November traten Schmerzen im Unterleib auf. Seit 5 Tagen besteht *Retentio urinæ*, wesshalb Patientin täglich zweimal katheterisirt wird; keine Stuhlbeschwerden.

Status	Diagnose	Therapie	Befund am Entlassungstag
Aeussere Untersuchung: Die Blase ist bis über den Nabel ausgedehnt. **Innere Untersuchung:** Im hinteren Scheidengewölbe findet sich der retroflectirte Uterus, seine Grösse entspricht einer Gravidität im vierten Monat.	Retroflexio uteri gravidi inc. Retentio urinæ.	Reposition.	Am 17. April. Alles normal.
Aeussere Untersuchung: Oberhalb der Symphyse findet man einen etwa faustgrossen Tumor von glatter Oberfläche und elastischer Consistenz, exquisit fluctuirend. Der Tumor wird als gefüllte Blase angenommen. **Innere Untersuchung:** Im hintern Scheidengewölbe befindet sich eine kugelige Masse von weicher Consistenz. Nach links vorne steht die Vaginalportion.	Retroflexio uteri gravidi inc. Retentio urinæ.	Reposition und Einlegen eines Ringes, wodurch Katheterismus unnöthig.	15. Februar 1888 gesund entlassen.
Aeussere Untersuchung: Das Abdomen ist ziemlich ausgedehnt, es ist eine runde fluctuirende Geschwulst nachzuweisen; dieselbe reicht ungefähr bis zum Nabel. **Innere Untersuchung:** Die Vagina ist in ihrem oberen Abschnitte nach vorne gedrängt. Die Vaginalportion steht direct hinter der Symphyse, in der Höhe des oberen Randes der hinteren Symphysenwand, sie ist aufgelockert und der Muttermund und Cervix für einen Finger durchgängig. Durch die hintere Vaginalwand fühlt man einen prall elastischen runden Tumor, der das kleine Becken ganz ausfüllt und mit der Vaginalportion unter spitzem Winkel in Verbindung steht. Der Tumor im *Abdomen erweist sich als angefüllte Blase,* der Tumor im hintern Scheidengewölbe als Uteruskörper.	Retroflexio uteri gravidi inc. Retentio urinæ.	Uteruskörper wird reponirt, ein Pessarium wird eingelegt.	9. Febr. 1878. Der Uteruskörper bleibt reponirt. Urin geht wieder normal ab.
Aeussere Untersuchung: Nach Katheterisation: Im grossen Becken ist nur die obere Wand eines Tumors zu fühlen, der etwas über den Beckeneingang hinausragt. **Innere Untersuchung:** Vaginalportion aufgelockert, ist durch einen elastischen Tumor nach vorne gedrängt. Sie steht hinter der Symphyse ziemlich hoch; zwischen dieser und dem elastischen Tumor, der das kleine Becken ausfüllt, ist eine spitzwinklig verlaufende Verbindung nachzuweisen. Am 7. December steht die Vaginalportion etwas mehr in Beckenmitte, der Uterus ist etwas mehr in das grosse Becken getreten, so dass durch die hintere Vaginalwand nur noch ein kleiner Theil des Uterus zu fühlen ist.	Retroflexio uteri gravidi inc. Retentio urinæ.	Katheterisation. Reposition des Uterus.	12. December. Uterus steht gut. Urin geht spontan ab.

Name	Eintritt	Alter	Eintritt der ersten Menses und Typus	Wie vielte Schwangersch.	Verlauf der früheren Geburten	Letzte Menstruation	Befinden der Patientin bis zum Eintritt in die Anstalt
13* **Marianne J.** von Iffwyl	2/XII 1890	32	Im 15. Jahre; regelmässig 4wöchentl., 2—3 Tage dauernd; schwach, ohne Molimina.	II	I. Geburt 1885 normal zu Hause.	Mitte Sept.	Patientin klagt seit 14 Tagen über Harnbeschwerden in Form der *Retentio urinæ*; Stuhl angehalten.
14* **Elisabeth M. geb. A.** von Bürgistein	30/X 1875	36	Im 16. Jahre; regelmässig 4wöchentl.	X	Alle neun Geburten mit Ausnahme der Vl. (Fusslage) normal.	Mitte Juni	Patientin will bis Mitte September gesund gewesen sein. Seit dieser Zeit konnte Patientin den Urin nicht mehr lassen, so dass mehrere Male kathetrisirt werden musste. Gegen Ende September zeigt sich Incontinentia urinæ. Der *Urin wird trübe und flockig*; dazu Obstipation.
15* **Elisabeth H. geb. A.** von Wohlen	1/IX 1879	31	Im 18. Jahre; regelmässig 3wöchentl., 3—4 Tage dauernd, mässig stark.	I		Anf. Juni	Patientin will bis zum 25. August gesund gewesen sein. Nachdem sie in kauernder Stellung eine Arbeit verrichtet hatte, konnte Patientin plötzlich nicht mehr uriniren. Die *Retentio urinæ* liess nicht nach, die Blase wurde ausgedehnt, bis dass die Hebamme den Urin durch den Katheter entleerte. Seither muss Patientin ein- bis zweimal täglich kathetrisirt werden. Schmerzen im Abdomen treten nur dann ein, wenn Patientin die Blase gefüllt hat. (Gefühl von Platzen.) An diesem Tage gesellen sich zu der Retentio noch starker Harn- und Stuhldrang, ohne dass dabei eine gehörige Entleerung zu Stande käme. Schmerzen strahlen nun auch gegen das Kreuz aus.

Status	Diagnose	Therapie	Befund am Entlassungstag
Aeussere Untersuchung: Das Abdomen ist durch einen exquisit fluctuirenden Tumor ausgedehnt, derselbe ist bei der Untersuchung sehr schmerzhaft. Da die Frau seit September schwanger sein will und über Retentio urinæ klagt, wird der Tumor als Blase angesehen; durch Kathetrismus werden 3—4 Liter Urin entleert, worauf der Tumor verschwindet. **Innere Untersuchung:** Im hintern Scheidengewölbe ist ein prall-elastischer Tumor zu fühlen, der das kleine Becken ganz ausfüllt. Hinter der obern Symphysenwand fühlt man die Vaginalportion aufgelockert, diese steht mit dem Tumor im hintern Scheidengewölbe in Verbindung.	Retroflexio uteri gravidi inc. Retentio urinæ.	Reposition des Uterus. Kathetrismus.	18. December. Uterus durch einen Ring gestützt steht gut; Ring liegt gut. Keine Harnbeschwerden mehr.
Aeussere Untersuchung: Abdomen ziemlich flach, vor der Symphyse aufwärts lässt sich ein Tumor durchfühlen, der bis an den Nabel reicht, Palpation und Kathetrisation lassen denselben als Harnblase erkennen. Beim tieferen Eindringen lässt sich ein zweiter resistenter Tumor durchfühlen; derselbe ragt ein wenig aus dem kleinen Becken hervor und ist auf tiefen Druck schmerzhaft. Consistenz weich. **Innere Untersuchung:** Die Vagina ist durch einen kindskopfgrossen Tumor ausgefüllt. Derselbe zeigt an einigen Stellen, besonders links, eine weiche Beschaffenheit. Die Portio vaginalis steht in der Höhe des oberen Symphysenrandes und ist aufgelockert. Der äussere Muttermund ist für einen Finger eröffnet. Der Tumor in der Scheide ist der stark retroflectirte Uteruskörper. *Urin:* trübe und flockig. Am 2. November Eintritt von Wehen, am 3. November Abortus.	Retroflexio uteri gravidi inc. Cystitis.	Reposition des Uterus; Colpeurynter in die Vagina. Einlegen eines Ringes. Blasenspülung.	Am 7. December. Der Uterus ist trotz Ring noch retrovertirt. Blasen- u. Stuhlfunction in Ordnung, Urin klar und geruchlos.
Aeussere Untersuchung: Das Abdomen ist ziemlich stark ausgedehnt. In der rechten Hälfte des grossen Beckens findet man einen in's kleine Becken hineinragenden Tumor von mehr als Orangengrösse mit äusserst weichen, ganz unbestimmten Formen. Consistenz ist weich. **Innere Untersuchung:** Die Vaginalportion ist nach vorne gerichtet, klein und conisch. Im hinteren Scheidengewölbe rechts fühlt man einen Tumor, der mit dem obgenannten in Verbindung steht. In demselben ist ein länglicher sehr harter Körper äusserst beweglich und höckerig anzufühlen. Derselbe liegt unterhalb der vorragenden höckerigen Spitze des rechten Kreuzbeinflügels, lässt sich leicht über denselben hinüberdrängen, fällt aber sofort wieder zurück. Die combinirte Untersuchung ergibt, dass die Vaginalportion nach rechts in einen strangartigen Körper ausläuft; der Strang ist Anfangs derb und fest, wird allmälig weicher und dicker und geht unmerklich in den oberen Tumor über, es scheint, als ob der derbere Theil sich keulenförmig verdicke, um dann schliesslich mit einem dünneren Stiel in den Tumor überzugehen. Uterus ganz nach rechts und hinten gelagert. *Urin* trübe.	Retroflexio uteri gravidi inc. Cystitis.	Kathetrismus.	Der Uterus vergrössert sich fortwährend. Der Urin geht allmälig wieder spontan ab. Am 3. Oct. wird Patientin entlassen. Uterus der Dauer der Schwangerschaft entsprechend anteflectirt. Rechts hinten und unten ein harter unebener taubeneigrosser beweglicher Körper, der bei Druck die Form nicht ändert. Vor demselben ein platter Strang, der sich nicht weiter verfolgen lässt.

Name	Eintritt	Alter	Eintritt der ersten Menses und Typus	Wie vielte Schwangersch.	Verlauf der früheren Geburten	Letzte Menstruation	Befinden der Patientin bis zum Eintritt in die Anstalt
16* **Rosina M. geb. W.** von Gerlafingen	19/VII 1880	40	Im 18. Jahre; regelmässig 4wochentl., 5—6 Tage dauernd; profus, starke Molimina.	IX	Die fünf ersten Geburten verliefen normal. Im Jahre 1876 trat ohne bekannte Ursache ein Abortus ein. 1878 u. 79 je eine Normalgeb. 1879 trat wieder aus unbekannten Gründen ein Abortus ein.	Mitte März 1880	Als Kind will Patientin immer gesund gewesen sein. Mit Eintritt der Menses sollen sich Convulsionen eingestellt haben, dabei will Patientin das Bewusstsein verloren haben; Anfälle von Herzklopfen und Würgen im Hals sollen sich dazu gesellt haben. Ungefähr zu gleicher Zeit traten ulceröse Processe an Sternum und weichem Gaumen auf, in Folge letzterer besteht eine Fistel zwischen Mund und Gaumen. Vor fünf Wochen tritt *Ret. urinæ* ein. Während dreimal 24 Stunden floss kein Urin ab, bis schliesslich Incont. urinæ eintrat. Patientin will Fieber gehabt haben. Patientin wurde nie kathetrisirt; vor 14 Tagen trat plötzlich eine starke Blutung ein. Patientin behauptet, dass Urin und Blut vermischt abgegangen sei. Der Urin enthielt noch acht Tage lang Blutcoagula. Die Beschwerden von Seiten der Harnorgane, als Harndrang und *Brennen*, dauern beständig fort.
17* **Frau B. geb. B.** von Münchenbuchsee	12/VII 1882	40	Im 19. Jahre; unregelm. 2—3 Tage dauernd; ziemlich stark.	II	I. Geburt 1878 normal.	Mitte Febr. 1882	Patientin liess am 21. Mai wegen Obstipation den Arzt holen, derselbe constatirte eine übermässig gefüllte Blase und Retrofl. uteri gr. incarc. Am 29. Mai constatirte der Arzt Cystitis. *Harn von jauchigem Geruche.* In der Umgebung der Blase scheint das Peritoneum empfindlich.
18* **Anna R. geb. S.** von Rüschegg	8/V 1885	40	Im 16. J.; 4wöchentl., regelmässig 4 Tage dauernd; schwach.	VI	I. Geburt (1874) zu Hause (Kind faultodt). II. Geb. (75) in der Anstalt (Kind faultodt). III. Geb. (76) u. IV. (?) normal in der Anstalt. V. Geb. (82) normal zu Hause.	Ende Mai	Patientin will bis zum 2. Mai dieses Jahres gesund gewesen sein. Seit diesem Tage klagt Patientin über *Retentio urinæ.*

Status	Diagnose	Therapie	Befund am Entlassungstag
Aeussere Untersuchung: Das Abdomen ist durch einen fluctuirenden Tumor ausgedehnt, derselbe ragt weit über die Symphyse empor und erweist sich als gefüllte Blase. Durch Entleerung des Urins verschwindet dieser Tumor. **Innere Untersuchung:** Vaginalportion unmittelbar hinter der Symphyse fest an dieselbe angepresst; der Douglas'sche Raum durch einen prallen Tumor ausgefüllt. Der retroflectirte Uterus ist durch die stark ausgedehnte Blase nach hinten gepresst. Die Blasengegend ist verdickt und auf Druck empfindlich. Durch Kathetrismus wird ein stark eitriger übelriechender Urin entleert.	Retroflexio uteri gravidi inc. Cystitis.	Reposition des Uteruskörpers. Blasenspülung.	Am 3. August ist der Uterus so gross, dass derselbe nicht mehr zurücksinken kann. Keine Blasenbeschwerden mehr.
Aeussere Untersuchung: Das Abdomen stark ausgedehnt, einer Gravidität im 7. Monat entsprechend. Ueber der Symphyse gedämpfter Percussionsschall. **Innere Untersuchung:** Im Scheideneingang nahe der Symphyse liegt die stark aufgelockerte Vaginalportion. Im hinteren Scheidengewölbe liegt als Fortsetzung der Vaginalportion ein weicher Körper, welcher das ganze kleine Becken ausfüllt. *Urin* stark eiterhaltig.	Retroflexio uteri gravidi. Cystitis.	Reposition des Uterus. Blasenspülung.	Am 2. August liegt der Uterus normal. Die Cystitis ist abgeheilt.
Aeussere Untersuchung: Das Abdomen stark ausgedehnt durch einen Tumor, der zwischen Symphyse und Nabel reicht (Blase). **Innere Untersuchung:** Die Vaginalportion, aufgelockert, ist nach vorne gestellt. Im hinteren Scheidengewölbe ist eine Resistenz, welche den kleinen Beckenraum ausfüllt. Zwischen Vaginalportion und Tumor ist eine Einkeilung zu fühlen. *Urin* trübe und alkalisch.	Retroflexio uteri gravidi inc. Cystitis.	Reposition und Pessarium. Blasenspülung.	Am 16. Mai liegt der Uterus gut. Der Urin wird spontan entlassen. Urin noch trübe.

Name	Eintritt	Alter	Eintritt der ersten Menses und Typus	Wie vielte Schwangersch.	Verlauf der früheren Geburten	Letzte Menstruation	Befinden der Patientin bis zum Eintritt in die Anstalt
19* **B. Rosina** von Ersigen	27/XI 1875	41	Im 16. Jahre; regelm. 2—3wöch., 4 Tage dauernd, schwach.	II	I. Geb. 1869 normal zu Hause; Wochenbett normal.	Anf. Aug. 1875	Früher stets gesund; während der letzten Schwangerschaft bis vor 14 Tagen ebenfalls. Vor 14 Tagen konnte Patientin plötzlich den *Urin nicht mehr entleeren*, beim Husten oder forcirten Bewegungen ging derselbe spontan ab; ab und zu ziehende Schmerzen im Abdomen. Stuhlgang normal. Kein Erbrechen.
20* **Anna H. geb. L.** von Urtenen	8/II 1878	43	Wegen Stupiditas sind diese Data nicht zu eruiren.	IV	Aus einem ärztlichen Bericht ist zu entnehmen, dass Patientin dreimal normal zu Hause geboren hat.	Mitte Oct. 1877	Ueber ihren früheren Zustand ist nichts zu eruiren; aus dem Berichte des Arztes geht hervor, dass Patientin seit acht Tagen wegen *Urinretention* katheterisirt worden; ebenfalls wurden Repositionsversuche eines im hinteren Scheidengewölbe fühlbaren Tumors vorgenommen.
21* **Marie B. geb. J.**	4/V 1888	43	Im 17. Jahre; unregelmässig, vom 19. J. an regelmässig vierwöchentlich. 3 Tage dauernd; schwach und schmerzhaft.	VII	Alle sechs Geburten und Wochenbette normal.	Ende Jan.	Patientin klagt seit Ende März über stechende Schmerzen im Abdomen. Seit dieser Zeit nehmen die Schmerzen an Heftigkeit zu. Patientin muss häufiger uriniren als gewöhnlich.

Status	Diagnose	Therapie	Befund am Entlassungstag
Aeussere Untersuchung: Das Abdomen ziemlich stark ausgedehnt. Die Vorwölbung lässt sich als kugeliger Tumor abgrenzen und stellt sich durch Katheterismus als stark angefüllte Blase heraus. Der entleerte Urin riecht ammoniakalisch. **Innere Untersuchung:** Die Vaginalportion, aufgelockert, steht in der Höhe der oberen Grenze der Symphyse, dicht hinter der Symphyse. Aeusserer Muttermund weit klaffend; Cervicalcanal für einen Finger bequem durchgängig. Die Scheide ist durch einen in der Beckenhöhle gelegenen Tumor verengt. Vom Tumor fühlt man einen häutigen Strang zur Vaginalportion verlaufen, sonst ist kein rechter Zusammenhang zwischen Tumor und Vaginalportion zu finden; da sonst kein Uteruskörper isolirt werden kann, so wird der Tumor für den Uteruskörper angesehen.	Retroflexio uteri gravidi. Cystitis.	Reposition des Uterus in Chloroformnarkose, worauf Pat. wiederum spontan uriniren kann.	Uterus noch retrovertirt. Derselbe wird durch ein Hebelpessarium gestützt.
Aeussere Untersuchung: Abdomen ziemlich stark ausgedehnt, im unteren Abschnitt vorgewölbt; man fühlt einen runden prall-elastischen Tumor, der von der Symphyse bis zum Nabel reicht. Beim Einführen des Katheters in die Blase fliesst eine Menge stark übelriechenden blutigen Urins ab, worauf der Tumor verschwindet. **Innere Untersuchung:** Aus der Schamspalte sehen zwei stark geröthete, leicht blutende, etwa nussgrosse Geschwülste heraus; diese beiden sind durch einen Querspalt von einander getrennt. Der eingeführte Finger fühlt, dass dieselben die beiden Muttermundslippen sind. Die Vaginalportion ist zwei Finger dick und aufgelockert, 8 bis 9 cm. lang und liegt dicht an der hinteren Symphysenwand an. Durch das hintere Scheidengewölbe fühlt man einen kleinfaustgrossen, weichen, elastischen Tumor, der im Inneren etwas härtere Partien zeigt. Der Tumor überragt den Beckeneingang nicht.	Retroflexio uteri gravidi inc. Cystitis.	Reposition des retrofl. Uterus; Hebelpessar.; Blasenspülung mit Salicyl.	Uterus bleibt ohne Ring antevertirt. Cystitis geheilt.
Aeussere Untersuchung: Das Abdomen ist regelmässig ausgedehnt, der Grad der Ausdehnung entspricht einer Gravidität im 9. Monat. Drei Finger unterhalb des proc. ensiformis beginnt eine Resistenz, die sich nach rechts und links scharf abgrenzen lässt. Die Form des Tumors ist rundlich und seine Consistenz auf der rechten Seite weicher als an den andern Stellen. **Innere Untersuchung:** Sowohl im vorderen als im hinteren Scheidengewölbe fühlt man einen Tumor. Beide sind von elastischer Consistenz. Durch Katheterismus verschwindet der vordere und es entleert sich aus der Blase eine trübe röthliche Flüssigkeit (3700 cm^3). Der hintere Tumor fühlt sich nun deutlicher an, derselbe ist weich und steht mit der Vaginalportion in Verbindung.	Retroflexio uteri gravidi inc. Cystitis.	Aufrichten des Uterus u. Fixation in Anteflexion mit Hebelpessarium.	Uterus liegt normal. Patientin gesund.

Name	Eintritt	Alter	Eintritt der ersten Menses und Typus	Wie vielte Schwangersch	Verlauf der früheren Geburten	Letzte Menstruation	Befinden der Patientin bis zum Eintritt in die Anstalt
22* **Katharina W. geb. S.** von Biglen	14/I 1891	28	Im 18. Jahre; regelmässig 4wöchentl., 4 Tage dauernd; keine Molimina.	IV	Die drei früheren Geburt. verliefen normal zu Hause.	Mitte Juni	Pat. will bis zum 28. December 90 ganz gesund gewesen sein, an diesem Tage will Patientin den Urin nicht mehr entleeren können. Patientin wird während drei Tagen von einer Hebamme kathetrisirt, die Harnbeschwerden nehmen zu. Bei einer spätern Kathetrisirung soll ½ Liter Blut entleert worden sein. Stuhlgang angehalten. Am 12. Januar wird durch Kathetrismus eine *ammoniakalisch riechende Flüssigkeit entleert; dieselbe ist bluthaltig,* beträgt ca. 1 Liter. Aehnliche Flüssigkeit entleerte sich spontan unter Träufeln auch Dienstag Morgens sowie Abends, wo die enorm ausgedehnte Blase durch Kathetrismus noch einmal entleert wurde.
23* **Anna R. geb. L.** von Melchnau	10/XII 1889	41	Im 16. Jahre; regelmässig 3wöchentl., oft 8 Tage dauernd; stark, ohne Molim.	XI	I.—VIII. Geburt normal. 1888 und 89 je ein Abortus im II. Monat. Ursache unbekannt.	Mai 1889	Anfangs September will Patientin plötzlich an Incontinentia urinae erkrankt sein. Anfangs November soll der *Urin brennend, stark übelriechend und schleimig* geworden sein; auch soll derselbe bei jedem Hustenanfall abgegangen sein.

Status	Diagnose	Therapie	Befund am Entlassungstag
Aeussere Untersuchung: Abdomen durch einen elastischen Tumor ziemlich stark ausgedehnt. Wird ein Katheter eingeführt, so entleert sich eine bräunliche übelriechende Flüssigkeit, der elastische Tumor verschwindet und man fühlt einen 5 cm. über den Beckeneingang hinausragenden weichen Tumor von etwas unregelmässiger Oberfläche. **Innere Untersuchung:** Bei der doppelten Untersuchung findet man durch die hintere Vaginalwand hindurch einen faustgrossen Tumor von elastischer Beschaffenheit, ferner ergibt sich, dass die Masse oberhalb des Beckens mit derjenigen im Beckencanal fest zusammenhängt. Dringt man nun zwischen der vorderen Beckenwand und dem elastischen Tumor in die Höhe, so findet man im vorderen Scheidengewölbe oberhalb der Symphyse nach links die Vaginalportion. Muttermund nicht erweitert. Von der Masse im kleinen Becken lässt sich kein Uteruskörper isoliren. Der Urin enthält Eiterzellen, Epithelien und Tripelphosphat. Der Tumor wird nun in das grosse Becken hinaufgehoben, worauf die Vaginalportion in Beckenmitte zu stehen kommt. Die Sonde lässt sich 12 cm. einführen. Vor dem Uterus findet man eine weiche schwammartige Masse von unregelmässiger Gestalt. Der Katheter gelangt mitten in diese Masse hinein, welche nach Abfluss des Urins kleiner wird, also die hypertrophische Blase darstellt. Am 16. J. wird das stinkende Ei ausgestossen.	Retroflexio uteri gravidi inc. Cystitis.	Reposition des Uterus. Blasenspülung.	
Aeussere Untersuchung: Das Abdomen ist ziemlich stark ausgedehnt, einer Gravidität im 6. Monat entsprechend. **Innere Untersuchung:** Im hinteren Scheidengewölbe findet man einen prall elastischen Tumor, der das kleine Becken vollständig ausfüllt. Der Tumor geht direct in die hintere Muttermundslippe über. Führt man einen Katheter in die Blase, so findet man dieselbe leer. Zwischen Katheter und Finger in der Vagina findet man eine dicke unregelmässige Masse, die sich besonders nach rechts oben verfolgen lässt. Aus dem Katheter fliesst eine zähe, schleimige, ammoniakalisch riechende Flüssigkeit, welche weisse und rothe Blutkörperchen, Tripelphosphatkristalle und Paralbumin enthält. Der Tumor im hinteren Scheidengewölbe entspricht einem Theil der hinteren Uterinwand, in der der Kopf des Fötus liegt. Am 16. December kann die Blase wieder circa 100 cm^3 Harn halten. Am 26. December entleert Patientin aus der Harnröhrenmündung nekrotische Fetzen nebst vielen colloidartigen Massen. Die Frau hat sehr stark Drang; aus der Harnröhrenmündung stülpen sich nekrotische Gewebspartien hervor, welche die Harnröhre dilatiren. Mit dem Katheter fühlt man kalkige Partien in der Blase. Nachts um 9 Uhr entleert Patientin unter fürchterlichen Schmerzen eine stinkende nekrotische Masse aus der Blase, dieselbe hat das makroskopische Aussehen der nekrotischen Blasenwand. Das mikroskopische Bild ist wegen Undeutlichkeit der Gewebszeichnung nicht verwerthbar. Die Harnröhre ist stark ulcerirt und dilatirt und es tritt schliesslich Gangrän derselben ein. Am 30. Januar hat sich die Gangrän noch weiter auf die grossen Labien ausgedehnt. Bis heute werden immer nekrotische Fetzen ausgestossen. Am 18. Februar erfolgte die Geburt normal, ziemlich rasch, bis zum 28. Februar reinigen sich die gangränösen Partien am Scheideneingang. Noch besteht Abfliessen von Urin mit colloiden Massen vermischt. Anfangs März zeigt die Harnröhre und deren Umgebung eine ziemlich grosse Ulcerationsfläche. Die Harnröhre ist dilatirt. Die Blasenwand ein wenig rauh, in toto verdickt.	Retroflexio uteri part. als Ueberbleibsel einer totalis. Cystitis. Gangrän d. Blase mit Ablösung der Blasenschleimhaut. Am 20. Februar 1891 gibt der Mann d. Patientin auf Anfrage folgenden Bericht an: Die Blasenbeschwerden seien sämmtlich zurück, der Urin normal klar, die Frau kann den Urin nicht lange zurückhalten.	Blasenspülung mit Bor-Salicyl.	

	Anamnese	Status
24 Retentio urinæ.	Pat., 32 Jahre alt, konnte den Urin plötzlich nicht mehr lassen und klagte heftig über Schmerzen im Abdomen.	Das Abdomen ist gespannt und empfindlich. Die Blase bis über den Nabel ausgedehnt, das Zwerchfell steht hoch und die Athembewegungen sind oberflächlich und frequent. Keine Uebligkeit. *kein* Erbrechen. Die Untersuchung ergibt retroversio uteri grav. Am folgenden Tag: Mässiges Fieber, Haut trocken, Harn schleimig, Blase gefüllt. Uterus retrovertirt; an demselben findet sich ein kastaniengrosses, breitflächig aufsitzendes und auf Druck empfindliches Fibrom.
25	Pat. ist in der 19. Schwangerschaftswoche und klagt über retentio urinæ.	Der Uterus ist retrovertirt und treibt den Darm und die hintere Scheidenwand vor. Der Uterus ist irreponibel.
26	Pat., 32 Jahre alt, ist im 4. Monat der Schwangerschaft. Seit 8 Tagen heftige Unterleibsschmerzen und retentio urinæ.	Retroversio uteri grav. inc. Uterus ohne Kathetrisation irreponibel.
	Nachdem Pat. seit 7 Jahren einmal spontan geboren hat, kommt sie nun im 3. Monat mit obigen Beschwerden.	Retroversio uteri grav. inc. Retentio urinæ.
27	Pat. leidet seit einiger Zeit an retentio urinæ.	Bei der innern Untersuchung wird eine retroversio uteri grav. inc. constatirt.
28	Pat. leidet an Harnverhalten und glaubt sich im 4. Monat schwanger.	Es wird retroversio uteri grav. inc. constatirt. links vom Uterus liegt ein Ovarientumor.
29	Nach körperlicher Anstrengung trat bei der Frau retentio urinæ ein. Während der früheren Schwangerschaften, und auch bis zum Eintritt der retentio urinæ, hatten sich Uebelsein und Brechneigung eingestellt, welche nun sofort verschwanden. Ein Monat später trat nach einem Spaziergang eine Blutung ein, worauf 3 Monate später der Abortus eintrat.	Bei der inneren Untersuchung wird retroversio uteri grav. inc. constatirt.
30	Pat., im 4. Monat der Schwangerschaft, bekommt Leibschmerzen und retentio urinæ.	Die Vaginalportion ist gegen den absteigenden Ast des Schambeins gedrängt, die Gebärmutter ist horizontal gelagert, der fundus uteri stützt sich auf das linke Darmbein.

Therapie	Bemerkungen	Sectionsberichte
Reposition des Uterus. Kathetrismus. Unter Kathetrismus nehmen die Beschwerden wieder ab. Temp. sinkt und Pat. genas.	Die Schmerzen gehen zurück. Nach einer ziemlich ruhigen Nacht ist die Blase wieder bis zur Höhe des Nabels ausgedehnt. Willkürliche Entleerung ist unmöglich. Der Uterus ist wieder retrovertirt.	
Punction des Tumor und der Blase.	Am 2. Tage nach der Punction tritt Abortus ein. Das Wochenbett verlief normal.	
Katheterisation und Reposition.	Nach Entleerung von 2025 Gr. Urin war der Uterus leicht reponibel. Später erfolgte eine normale Geburt.	
Kathetrismus und Reposition.	Verlauf von Schwangerschaft und Geburt normal.	
Kathetrismus und Reposition des Uterus.	Patientin wird geheilt entlassen.	
Kathetrismus und Reposition des Uterus.	Die Patientin ging nachher ihre volle Zeit, gebar normal, starb 14 Tage p. p. an einer innern Einklemmung des Darmes.	Der Darm hatte sich um den Stiel der Geschwulst verschlungen und entzündet.
Kathetrismus und Reposition des Uterus.	Nach der Reposition des Uterus traten die früheren Beschwerden, wie Brechneigung und Uebligkeit, wieder ein, sonst hatte Patientin keine Beschwerden mehr, retentio urinæ war verschwunden.	
Reposition des Uterus.	Die Gravidität verlief normal und in den nächsten Schwangerschaften blieben die Retroversionserscheinungen aus.	

	Anamnese	Status
31	Pat., 27 Jahre alt, empfindet im 4. Monat der Schwangerschaft nach Aufheben einer schweren Last einen heftigen Schmerz im Unterleib, zu dem sich später Obstipation, erschwertes Uriniren, ein schmerzhaftes Ziehen und Drängen nach unten, wie wehenartige Schmerzen gesellten.	Retroflexio uteri gravidi inc.
32	Pat., 28 Jahre alt, im 3. Monat der Schwangerschaft, klagt seit einiger Zeit über retentio urinæ und Obstipation.	Retroflexio uteri gravidi inc.
33	Pat. bekam im 3. Monat der Schwangerschaft retentio urinæ.	Retroflexio uteri gravidi inc.
34	Pat., 37 Jahre alt, im 3. Monat der Schwangerschaft, leidet seit 3 Wochen an retentio urinæ und Obstipation; dazu gesellen sich Schmerzen im Abdomen.	Retroversio uteri gravidi inc. Im Urin Eiweiss.
35	Pat., 38 Jahre alt, im 3. Monat schwanger, klagt seit einiger Zeit über retentio urinæ.	Die Blase ist bis zum Nabel ausgedehnt und bei der inneren Untersuchung wird retroflexio uteri gravidi inc. constatirt.
36	Pat. hat zweimal normal geboren, nachher einmal Abortus, ohne dass die Ursache angegeben wird. Seit 24 Stunden leidet Patientin an retentio urinæ.	Retroflexio uteri gravidi inc.
37 Incontinentia urinæ.	Pat., 28 Jahre alt, im 4. Monat schwanger, litt seit 6 Wochen an retentio urinæ, zu der sich incontinentia urinæ gesellte.	Die Blase ist ziemlich stark angefüllt, obschon beständiges Harnträufeln besteht. Nach Entleerung der Blase constatirt man retroversio uteri gravidi inc. Ausserdem fand sich in der Gegend des linken Parametriums eine Geschwulst, die deutlich fluctuirte und sich als abgesacktes peritoneales Exsudat darstellte.
38 Cystitis.	Pat., 34 Jahre alt, im 4. Monat der Gravidität, hatte 6 Tage lang vollständige retentio urinæ und Schmerzen im Unterleib.	Am 7. Tage reichte der Blasengrund bis zum Nabel; Rectum und Vagina hochgradig geschwollen. Unruhe, Uebligkeit. Harndrang. Retroversio uteri gravidi incarc. Ein Katheter einzuführen misslang. Die Spitze des Katheters gelangte immer nur bis unter die Symphyse und sass daselbst fest. Repositionsversuche waren erfolglos.
39	Pat., 36 Jahre alt, war im 5. Monat schwanger, sie klagte über Schmerzen im Unterleib, namentlich über fortwährendes Drängen zum Uriniren. Der Urin ging nur mit den heftigsten Schmerzen ab, ebenso der Stuhl.	Abdomen ungewöhnlich stark ausgedehnt. Ueber dem Beckeneingang rechts eine kindskopfgrosse Geschwulst. Drückt man stark auf den Leib hinter der Geschwulst, so fühlt man im kleinen Becken einen dem Uteruskörper ähnlichen Tumor. Durch Katheterismus wurde eine grosse Menge eitrigen Urins entleert, worauf die oben beschriebene Geschwulst verschwand. Also: Retroflexio uteri gravidi inc. mit retentio urinæ und Cystitis.
40	Pat., 20 Jahre alt, im 4. Monat schwanger, klagt seit 14 Tagen über stechende Schmerzen im Leib und Beschwerden beim Uriniren, die sich endlich so steigerten, dass die Entleerung des Urins ganz unmöglich war.	Retroversio uteri gravidi inc.

Therapie	Bemerkungen	Sectionsberichte
Reposition des Uterus.	Vom Zeitpunkt der Reposition an verschwanden sämmtliche Beschwerden.	
Reposition des Uterus.	Die Patientin ging nachher ihre volle Zeit ohne weitere Beschwerden.	
Kathetrismus und Reposition des Uterus.	Von da an verlief die Schwangerschaft normal.	
Kathetrismus und Reposition des Uterus.	Die Schwangerschaft verlief seit der Reposition normal.	
Kathetrismus und Reposition des Uterus.	Nach der Reposition verlief die Schwangerschaft normal.	
Kathetrismus und Reposition.	Am 3. Tage nach der Reposition steht der Uterus noch immer in normaler Stellung. Verlauf der Schwangerschaft normal.	
Kathetrismus und Repositionsversuche d. Uterus erfolglos. Punction der Geschwulst.	Durch Punction wurden 25 Pfund einer lichtgelben serösen Flüssigkeit entleert. Die Geschwulst füllte sich immer wieder, so dass Pat. schliesslich an einer Punction starb.	In der Bauchhöhle freie eitrige Flüssigkeit. Die Sackwand ging nach links aussen unmittelbar in die Bauchwand über. Der Sack lag retroperitoneal. Patientin hatte demnach eine Parametritis mit Betheiligung des subserösen Zellstoffes der Bauchwand durchgemacht. In der Sackwand befand sich ein pfennigstückgrosses Loch mit unregelmässigen Fetzen.
Zur Entleerung der Blase musste die Punction vorgenommen werden.	Durch die Punction wurde eine enorme Menge braunrothen, stinkenden Urins entleert, worauf die Reposition gelang. Patientin erreichte hierauf das normale Ende der Schwangerschaft.	
Kathetrismus d. Blase und Repositionsversuche, bis der Uterus so gross war, dass die retroflexio nicht mehr eintreten konnte. Die Beschwerden verschwanden sämmtliche.		
In Chloroformnarkose wurde der Uterus reponirt, fiel aber immer wieder zurück.	Der Urin musste immer mit dem Katheter entleert werden, allmälig traten entzündliche Symptome ein und Patientin starb.	Zahlreiche frische Adhäsionen im Abdomen. Die Blase reicht bis an den Nabel hinauf. Der retrovertirte Uterus ist eingekeilt. Die Ureteren zeigen eine drei bis vier Mal grössere Capacität als normal. Die Nieren ebenfalls vergrössert.

	Anamnese	Status
41	Pat., 36 Jahre alt, hatte fünfmal geboren. In der Mitte des 3. Schwangerschaftsmonats erhielt Patientin einen Stoss auf den Unterleib, worauf sich Ziehen in Leisten- und Lendengegend einstellte. Dabei trat retentio urinæ und Obstipation ein.	Patientin in grosser Angst, Gesichtszüge verfallen, Haut erdfahl. Zunge belegt, Puls fieberhaft, Durstgefühl, Erbrechen, Schmerzen und Brennen in der Schamgegend, Tenesmus der Blase, Miction und Defäcation absolut unmöglich. Aus Vagina und Urethra entleert sich eine *eitrige Flüssigkeit* infolge Colpitis, *Cystitis* und Urethritis. Im hinteren Scheidengewölbe befand sich ein fester, runder, unbeweglicher, faustgrosser Tumor, welcher auf die Blase und das Rectum drückte. Cervix über die Symphyse emporgezogen und für den Finger nicht erreichbar. Abdomen stark ausgedehnt, die Blase ebenfalls und droht zu bersten. Abortus in Aussicht.
42	Pat. 36 Jahre alt, seit Juli schwanger. Im September klagt Patientin über Schmerzen im rechten Hypogastrium, Brennen beim Wasserlassen. Abdomen vergrössert, mehr, als nach der Zeit der Schwangerschaft entsprechen würde. Am 17. September tritt absolute retentio urinæ ein, wesshalb Patientin vom Arzt mit grosser Schwierigkeit kathetrisirt wurde.	Abdomen durch einen über den Nabel reichenden Tumor ausgedehnt. Cervix uteri hart, dicht hinter der Symphyse stehend und hoch. Uteruskörper im hinteren Scheidengewölbe schwer beweglich, weich und empfindlich gegen Druck, Incontinentia urinæ, Fieber. Nachdem Patientin während des Aufenthalts im Spital viel an Schmerzen, Erbrechen und Frösten gelitten hat, fand man den Tumor sehr gewachsen. Aus der Scheide fliesst ein übelriechender Abgang. Am 18. October Abortus. Patientin stirbt am folgenden Tag, ohne dass eine Nachblutung eintritt.
43	Pat., im 6. Monat schwanger, klagt über retentio urinæ und Schmerzen im Kreuz.	Retroflexio uteri gravidi inc.
44	Pat., 40 Jahre alt, hatte 3 Kinder ausgetragen. Letzte Menstruation im April 1878. Ende August hatte sich einen Tag lang plötzlich retentio urinæ eingestellt. Am 28. wird sie in's Spital aufgenommen.	Patientin ist elend und blass, Puls 120. Aus der Harnblase, die bis zum Nabel reicht, wird durch Druck und Kathetrismus etwa 2 Liter äusserst übelriechender blutiger Urin entleert. Es blieb ein 2. Tumor in Gestalt und Grösse dem schwangeren Uterus gleich, in welchem Kindestheile, aber keine Herztone erkannt wurden. Bei der Untersuchung wird retroflexio uteri gravidi part. mit Incarceration diagnosticirt.
45 Pseudodiphtherit. Membranen.	Pat. 20 Jahre alt, im 4—5. Monat der Gravidität. 14 Tage vor Aufnahme der Patientin bekommt Pat. beim Scheuern plötzlich Harndrang und Schmerzen.	Abdomen ausgedehnt, in demselben ist ein deutlich fluctuirender Tumor zu fühlen. Dabei ist incontinentia urinæ (Harnträufeln) und Leukorrhöe zu constatiren. Der Muttermund konnte nicht erreicht werden, das Corpus uteri war nach rückwärts gegen das Promontorium gerichtet. Durch das Rectum bemerkte man eine elastische, kugelförmige Geschwulst in der Kreuzbeinhöhle, welche unbeweglich fest sass. Urin: blutig gefärbt, höchst übelriechend. Asomnie: Puls 140, klein und schwach.
46 Gangrän.	Pat. 35 Jahre alt. Beim Tragen einer schweren Waschwanne empfindet Patientin plötzlich Leibschmerzen und Harnbeschwerden, darauf stellt sich incontinentia urinæ und Obstipation ein. Nachdem Patientin 4 Wochen an diesen Beschwerden gelitten, wurde sie zur Untersuchung gebracht.	Im Abdomen findet sich eine fluctuirende Geschwulst von der Grösse des Uterus am Ende der Schwangerschaft. Der Katheter entleert $4^1/_2$ Kilo zersetzten Urin. In den nächsten Tagen floss trotz Füllung der Blase und ohne dass die Fenster des Katheters verstopft waren, beim Kathetrisiren kein Urin mehr ab. Nach 5 Tagen trat Abortus ein und hierauf starb die Patientin nach 7 Stunden.

Therapie	Bemerkungen	Sectionsberichte
Kathetrismus und Reposition des incarcerirten Uterus.	Die Reposition gelang erst nach einigen erfolglosen Versuchen. Nach der Reposition entleerte Patientin eine grosse Menge Urin, und es erfolgte durch ein Klysma eine reichliche Defäcation. Abortus trat nicht ein.	Die Bauchhöhle ist durch eine nierenförmige, grosse, harte Geschwulst ausgefüllt; dieselbe inserirt am fundus uteri. Verwachsungen älteren Datums sind nachzuweisen. Keine Spur von frischer Peritonitis. Ueber und rings um den Tumor lagen die Baucheingeweide. Blase und Uterus schienen nach oben gezogen, letztere vergrössert und in die Länge gezogen. Blase erweitert, *die Schleimhaut geröthet und injicirt.* Die Erweiterung erstreckt sich auf Ureteren und Nierenbecken, von denen das linke mit Eiter gefüllt ist. Niere rechts normal. Niere links verkleinert. Kapsel adhärent, Oberfläche granulirt.
Reposition des Uterus.	Nach der Reposition entleerte Pat. eine schleimig-eitrige, mit Blutgerinnseln vermischte Flüssigkeit aus der Blase. Die Beschwerden nahmen allmälig ab. Schwangerschaft und Geburt verliefen normal.	
In Chloroformnarkose wurde der Uterus nach mehreren erfolglosen Versuchen reponirt.	4 Stunden p. repositionem Geburt eines frisch abgestorbenen Knaben, 30 cm. lang und 590 gr. schwer. Wochenbett normal. Die Trübung des Urins verlor sich, am 19. wurde Patientin mit normal gelagertem Uterus entlassen.	
Reposition des Uterus in Chloroformnarkose.	Der Uterus nahm seine abnorme Stellung wieder ein. Der Urin bekam nun einen unerträglichen Geruch. Einige Mal verstopften fibrinöse Fetzen den Canal des Katheters und hinderten den Abgang des Urins. Die Kräfte schwanden, Collaps und Tod traten bald darauf ein.	Därme, Harnblase und Abdominalwände klebten durch frische Adhäsionen aneinander. Der Blasengrund reichte bis zum Nabel, die Blasenschleimhaut war grau, verdickt und von weicher Beschaffenheit. Die Schleimhaut von hellfarbigen, ungefähr 1/4" dicken *Pseudomembranen* überkleidet, welche sich leicht abschälen liessen und einen genauen Abdruck der Blase darstellten. Der Ureter wie das Nierenbecken waren beiderseits um das Viertheil ihrer gewöhnlichen Grösse erweitert. Die rechte Niere war etwas grösser als die linke; sonst waren beide gesund.
Es wurden ohne Erfolg mehrere Repositionsversuche gemacht.		S. Romanum und Colon transversum mit der hinteren Blasenwand verwachsen, Pseudomembranen alt, fest und nicht injicirt. In der weiten, mit Harnsalzen austapezierten Blasenhöhle lag frei ein über kindskopfgrosser, schwarz-grauer Sack mit 3—4 mm dicker, morscher, sandiger Wand. Die nekrotische Blasenschleimhaut in Verbindung mit einer grösseren Hälfte der ebenfalls nekrotisch abgestossenen Muscularis.

	Anamnese	Status
47	Pat., 22 Jahre alt, im 5. Monat der Gravidität, klagt über retentio urinæ. Nachher tritt incontinentia urinæ ein.	Durch Kathetrismus werden 3 Liter trüben, nussbraunen Urins entleert. Der retrovertirte, eingekeilte Uterus bleibt nach Reposition in normaler Lage. Trotz der Blasenspülungen wird der Urin immer stinkender, bis sich eine schmutziggraue äusserst stinkende Membran von Zeigefingerdicke und 5½ cm. Länge aus der Harnröhre entleerte.
48	Pat. leidet an retentio urinæ.	Retroflexio uteri gravidi inc. Der entleerte Urin war trübe; 3 Tage nachher wurde der Urin blutig gefärbt und übelriechend. Der Uterus befindet sich nun wieder in Retroflexionsstellung und kann wohl reponirt werden, aber mittelst Pessarien nicht oben gehalten werden. Es tritt Abortus ein. Die weitere Kathetrisation gelingt plötzlich nicht mehr. Patientin stirbt an den Symptomen einer Peritonitis. Die Katheterfenster sind durch schwärzlich-braune Häutchen verlegt. Der Harn ist intensiv übelriechend. Gangrän der Harnblase wird, gestützt auf den Urin, angenommen.
49	Pat. konnte im 3. Monat dieser Gravidität den Urin plötzlich nicht mehr entleeren, es wurde retroflexio uteri grav. inc. diagnosticirt und der Uterus reponirt. Die Blase war damals sehr stark ausgedehnt. Nun kommt Pat. wieder mit der Angabe, sie könne seit 8 Tagen keinen Urin mehr lassen, sie klagt dabei über heftige Bauchschmerzen und Erbrechen.	Es liegt wieder retroflexio uteri gravidi inc. vor, jedoch mit folgenden Aenderungen: 1) Die Harnblase bildet keine Geschwulst, sondern das ganze Abdomen war gespannt und sehr empfindlich. 2) Nach vollständiger Entleerung der Blase bleibt diese Form des Abdomens. 3) Der Urin floss nur langsam ab und enthielt Blut und Detritusmassen. 4) Nach Reposition des Uterus tritt eine geringe Besserung ein. Bald nach der Reposition trat der Abortus ein. Das Erbrechen nahm zu. Kein Kothbrechen. Patientin starb am 3. Tage p. partum.
50	Pat. 33 Jahre alt. Letzte Menstruation auf Juni. Anfangs September treten Harnbeschwerden auf, so dass Pat. katheterisirt werden muss.	Es liegt retroflexio uteri gravidi inc. vor. Die Harnblase bis zum Nabel ausgedehnt, auch durch Kathetrismus gelingt deren Entleerung nicht vollständig. Der Urin hat ammoniakalischen Geruch, ist trübe und flockig. Bei der künstlichen Abnahme des Urins zeigten sich Fetzen gangränös entartet.
51	Pat., im 4. Monat der Schwangerschaft, klagt über Schmerzen beim Uriniren. Incontinentia urinæ ist nach bestehender retentio eingetreten; heftige Bauch- und Kreuzschmerzen, Obstipation, Fieber.	Gesichtszüge verfallen, Augen matt, Zunge trocken. Temp. 38.9. Puls 108. Abdomen ausgedehnt. In der Mitte von der Symphyse bis 3″ über den Nabel aufsteigend fühlt man einen schmerzhaften, scharf abgrenzbaren Tumor, derselbe zeigt deutlich Fluctuation. Aeussere Genitalien geschwollen. Vagina mit diphtheritischen Beschlägen. Retroflexio uteri gravidi inc. Urin stark alkalisch, schmutzig-gelb mit viel Eiweiss, Eiter, Blutkörperchen und Tripelphosphat. Der Harn wurde trüber, stinkender, die Gewebefetzen reichlicher. Spontane Urinentleerung unmöglich. Am 11. Juli Fieberschauer mit nachfolgender Hitze; Temp. 39.2, Puls 104. Am 13. Juli ragt eine schmutzig graue, äusserst stinkende, gewundene Membran, zeigefingerdick und 2″ lang aus der Harnröhre heraus und trat dann ganz aus. Sofort liess das Fieber nach, es folgte Besserung des Allgemeinbefindens, der Harn wurde wieder normal und konnte zurückgehalten werden, sowie nach längeren Pausen spontan entleert werden.

Therapie	Bemerkungen	Sectionsberichte
Reposition des Uterus. Blasenspülungen mit Desinficientien.	Pat. wurde geheilt und schwanger entlassen. Die ausgestossene Masse zeigte eine Ausdehnung von 7 cm. Länge, nicht verdicktem, mattweissem Peritoneum, an den Rändern nur muscularis und mucosa, Innenfläche schiefergrau mit Tripelphosphat belegt.	
Kathetrismus und Reposition des Uterus.		Harnblase innig mit der Bauchwand verwachsen. Ihr Grund reicht bis zum Nabel. Die Wand ist zerreisslich wie Zunder und schmutziggrau, fast nicht abzulösen. Die Schleimhaut ist fetzig. Cavum Douglasii durch den Uteruskörper ausgefüllt; der letztere durch feste, alte Bindegewebsstränge fixirt. Allgemeine Peritonitis.
Kathetrismus und Reposition des Uterus.		Es fand sich Gangrän der Harnblase, deren vordere Wand verschorft und mittelst Exsudat an die Bauchwand angelöthet war. Ureteren und Nierenbecken dilatirt, dabei eitrige Peritonitis.
Kathetrismus und Reposition.	Mit der Reposition stellte sich Besserung ein, am 16. October aber trat Abortus ein, der Uterus zeigte nichts Abnormes. Im Verlauf des Tages Collaps und Tod.	Bauchhöhle ohne Exsudat, Netz mit dem Scheitel der Blase fest verwachsen. Die Blase stark ausgedehnt. In Folge dieser Verwachsungen konnte der Uterus nicht aus dem kleinen Becken aufsteigen. Eine genauere Untersuchung ergab, dass in der Blase ein kindskopfgrosser Sack sich befand. Derselbe war von graugelber Farbe, der sich zum Theil noch mit der Blasenwand zusammenhängend, als die Blasenschleimhaut erwies. Aeussere Oberfläche des Sackes glatt, innere rauh durch Harnsalze. An Harnleiter und Nieren nichts Abnormes.
In Chloroformnarkose wird der Uterus reponirt. Die Schmerzen nehmen ab. Die Blasenbeschwerden dagegen nehmen zu. Gegen die äusserst heftigen Blasenschmerzen wird Morphium gegeben.	Die ausgestossene Membran, halbkugelig, schiefergrau, war immer mit Harnsalzen incrustirt und war makroskopisch als Blasenwand anzusehen. Auch das mikroskopische Bild zeigte die Gewebsbestandtheile d. Blasenwand. Am 17. Juli wurde Pat. entlassen.	

	Anamnese	Status
52	Pat. hatte schon seit dem 2. Monat ihrer Gravidität Symptome von Seiten der retroflexio uteri grav. Der Urin war schon lange fötid, es bestand Harnträufeln und Abgang von Fetzen. Pat. collabirte schliesslich. Puls 140, Temp. 37.2.	Retroflexio uteri gravidi inc. Repositionsversuche wurden wegen der Cystitis mit Ulceration der Blase nicht forcirt. Man punctirte den Liquor amnii mittelst eines Aspirators. Am anderen Tage erfolgte die Geburt eines 5monatlichen Fötus. Puls sank entsprechend der Abheilung der Blasenaffection.
53	Pat., 20 Jahre alt, bekommt im 3. Monat der Gravidität Beschwerden beim Uriniren. Dieselben steigern sich mehr und mehr. Es treten Schmerzen und Anschwellung des Leibes ein. Am 24. Tage waren die Leiden plötzlich zu Ende, die Fieber mässiger, der Leib gleichmässig ausgedehnt. Am folgenden Tag trat der Tod ein.	
54	Pat., eine 40 jährige Mehrgebärende, klagt über starke Schmerzen im Abdomen und retentio urinæ. Nach Reposition eines Prolapsus uteri ging der Harn wieder ab und die Schmerzen verschwanden. Später fühlte Pat. plötzlich etwas nachgeben und gegen ihren Rücken fallen.	Retroflexio uteri gravidi inc. Dazu retentio urinæ. Mit dem Katheter werden 1—2 Esslöffel tief gefärbten Urins entleert. Zwei Tage später fühlte Patientin etwas im Bauch platzen, hierauf Nachlassen der Schmerzen. Abortus. Der Katheter drang in die Blase, entleerte aber keinen Urin. Tod am Morgen darauf.
55	Pat., 34 Jahre alt, im 3. Monat der Gravidität, klagt über Harnträufeln post retentionem. Pat. wurde niemals kathetrisirt. Tod trat ca. 4 Wochen nach Beginn der Beschwerden ein.	
56	Pat., im 5. Monat der Schwangerschaft, wurde sterbend gefunden.	
57	Pat. hat seit dem 2. Monat der 3. Gravidität Harnbeschwerden in Form von retentio urinæ. Im 4. Monat wurde dieselbe in's Spital aufgenommen.	Absolute retentio urinæ. Der Katheter entleert viel trüben, mit Blut und Eiter vermischten Urin. Der fundus uteri ist im kleinen Becken retrovertirt.
58	Pat. 16 Jahre alt, Erstgeschwängerte. Sie starb im 4. Monat der Gravidität unter zunehmender Pulsfrequenz und niedriger Temperatur (38.3).	
59	Pat., 40 Jahre alt, war im 5. Monat der Gravidität erkrankt, sie wurde an Peritonitis universalis behandelt und starb 2 Stunden nach Aufnahme in's Spital.	Retroflexio uteri gravidi inc.

Therapie	Bemerkungen	Sectionsberichte
Kathetrismus.	Die Blasenaffection heilte total ab.	
		Harnblase schlaff, das Peritoneum an der hinteren Wand abgelöst. An der hinteren, sehr verdünnten Blasenwand bestand eine zolllange Ruptur mit gangränösen Rändern. Die Blasenwand war im Uebrigen stark verdickt. Bauchhöhle von röthlich urinöser Flüssigkeit erfüllt.
Repositionsversuche Kathetrismus.		Blase leer und schlaff, nahe am fundus uteri eine Ruptur, gross genug um die Fingerspitze durchzustecken; die Ruptur zeigte gangränöse Ränder. Fundus uteri zwischen Vagina und Rectum. Portio vaginalis am Os pubis. Im Abdomen viel Urin.
		In der Bauchhöhle einige Pfund Urin, Harnblase enorm vergrössert. Die ganze Oberfläche brandig, überall eitrig infiltrirt. In der vorderen Wand ein Abscess mit fistulöser Oeffnung nach innen. An der hinteren Wand eine kleine, runde Oeffnung. Frische Verklebung des Netzes in der ganzen Bauchhöhle. Fundus uteri ziemlich tief in der Beckenhöhle und nur mit Mühe reponirbar.
		Ruptur der Harnblase an der hinteren Fläche und retroflexio uteri gravidi inc.
Da Reposit.-Versuche erfolglos blieben, so wurde Punction des Uterus vorgenommen.	Bald darauf trat der Tod ein.	Harnblase mit dem Netz verwachsen, zeigt eine gangränöse Perforationsstelle. Der fundus uteri ist am Rectum fixirt. Allgemeine Peritonitis.
		Im Abdomen wenig frisches Serum. Fundus vesicæ, Uterus, Cœcum, unterer Theil des Dünndarms, flexura sigmoidea und omentum maj. waren durch alte Adhäsionen verwachsen. Bei deren Trennung wurde ein Hohlraum hinter der Blase und über dem Uterus sichtbar. Derselbe enthielt braune, trübe Flüssigkeit und war mit der Blase durch ein gangränöses Loch von der Grösse eines Kronenstückes in der hinteren Blasenwand in Communication. Der Uterus, die Beckenhöhle ausfüllend, comprimirte das Rectum.
		Im Abdomen 5 Liter braun-rothe urinöse Flüssigkeit. Die Harnblase, 13 cm. über die Symphyse ragend, war nach links und hinten vom Scheitel reichlich in der Ausdehnung eines Zweithalerstückes mit Dünndarmschlingen durch Exsudatmassen verklebt. Hier bestand ein Defect der Blase, für einen Finger durchgängig. Im Peritoneum bestand ein 3 cm. langer Längsriss.

	Anamnese	Status
60	Nach der Geburt eines todten Fötus blieb noch incontinentia urinæ und häufiger Harndrang. Dann spürte Pat. etwas im Leibe platzen, worauf heftige Schmerzen eintraten.	Mittelst des Katheters wird nur mit Mühe wenig schwarzer und trüber Urin entleert. Am Abend tritt der Tod ein. Die Blase war invertirt und darauf das ganze obere Stück der Blase mit dem Peritonealüberzug abgestossen worden. Die Capacität der Blase betrug nach glücklich verlaufenem Process nur 50 cm^3, wurde aber künstlich auf 150 cm^3 gebracht.
61	Eine Frau hatte infolge retroversio uteri gravidi im 3. Monat abortirt, nachdem sie mehrere Tage lang an Kreuzschmerzen gelitten. Danach litt sie an Bauchschmerzen, und zwischen dem Nabel und der Symphyse bildete sich eine Geschwulst, welche später aufbrach und schlechten Eiter entleerte.	Aus der bezeichneten Oeffnung entleerte sich Urin und fäcal riechende Flüssigkeit, später wurde ein grösseres herausragendes Stück abgetragen, das sich als Darm erwies. Durch die Urethra gelangte man mit dem Katheter durch die Blase und mit der Spitze zur Bauchöffnung heraus. Es handelte sich also um Blasendarm-Fistel, in Folge einer partiellen Peritonitis, mit Anlöthung des Darms, und einer Cystitis, welche beide zu Perforation geführt hatten.
62	Pat. wurde moribund in's Spital gebracht.	Temp. 36.5. Puls fadenförmig, 120. Das Abdomen ist meteoristisch aufgetrieben; äusserst empfindlich. Es konnte der Katheter nur einmal mit Erfolg eingeführt werden. Bald darauf trat der Tod ein.
63	Pat. klagte im 4. Monat über retentio urinæ.	Retroflexio uteri gravidi inc. Der Urin war stinkend und zeigte eine grosse Menge Eiterkörperchen. Seit der Reposition niemals mehr retentio urinæ. Allgemeinbefinden besser; der Urin dagegen wurde stinkender und enthielt oft schwärzliche Fetzen. Temperatur durchschnittlich normal. 10 Tage nach der Reposition ging durch die Harnröhre eine gangränöse Masse ab, welcher 2 Liter Urin folgten. Incontinentia urinæ. Puls schwach. Es folgte Abortus und 2 Tage nachher der Tod.

Therapie	Bemerkungen	Sectionsberichte
		Im Abdomen 14 Pinten urinöse Flüssigkeit. Im oberen Theil der Blase ein Loch mit gezackten, schwärzlichen Rändern.
		Die Schleimhaut der Blase ist nekrotisch, der Inhalt der Blase ist Urin mit Fæces vermischt. Die hintere, resistentere Blasenwand war mit den Dünndarmschlingen verklebt. Die Blase communicirte mit 2 Oeffnungen mit dem Darme. Das Becken war durch den schwangeren Uterus vollständig ausgefüllt. Ein Exsudat in der Bauchhöhle war nicht vorhanden, das Abdomen bot das Zeichen einer allgemeinen Peritonitis.
In Narkose wird der Uterus reponirt. Darauf eine Ausspülung und permanente Irrigat. der Harnblase gemacht.		Die Bauchhöhle enthielt keine Flüssigkeit. Die unteren Jejunum- und oberen Ileumschlingen lagen auf dem Beckeneingang. Beim Versuche, sie zu entfernen, zeigte es sich, dass zwei von denselben mit dem sie vereinigenden Mesenterium einen über handtellergrossen Defect der Blase völlig schlossen, indem sie mit den Rändern derselben verschlossen waren. Diese zum Schluss der Blase dienenden Massen zeigten diese fetzigen grau-grünen Massen. Die ausgestossene schwarz-graue Membran hatte eine ganz unregelmässige Gestalt mit zerfetzten Rändern und in ihrer Mitte eine Oeffnung mit gleichfalls stark zerfetzter Begrenzung. Eine Innenfläche und eine mit Peritoneum bekleidete Aussenfläche war deutlich zu sehen. Der restirende Theil der Harnblase hatte eine Ausdehnung von nur etwa 125 cm^2.